№ 12. WARSZAWA, GRUDZIEŃ 1936 ROK VIII.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. H. ZALCMAN.

W SPRAWIE SAMOISTNEGO USTĘPOWANIA CIĘŻKIEJ NIEDOMOGI SERCA.

Teorja Eppingera, przenosząca punkt ciężkości niedomogi krążenia z serca na zjawiska, zachodzące na obwodzie, do niedawna jeszcze wydawać się mogła paradoksem i budziła liczne i zrozumiałe sprzeciwy. Cały szereg jednak spostrzeżeń klinicznych istotnie potwierdza, że w powstawaniu względnie ustępowaniu objawów niedomogi krążenia, czynniki pozasercowe odgrywają rolę bynajmniej nie podrzędną, a dość często decydującą. Kilka spostrzeganych przeze mnie w ciągu ostatnich 3-ch lat przypadków stanowi dość ciekawą ilustrację zależności, zachodzącej między układem krążenia a czynnikami pozasercowymi.

Przyp. 1 dotyczy chorej A. W., lat 46, krawcowej z pełnym obrazem klinicznym choroby Basedowa. Po 3 latach trwania nadczynności tarczycy ujawniły się objawy ciężkiej niedomogi serca, zwłaszcza prawokomorowej, z dużymi obrzękami, wodobrzuszem i płynem w prawej opłucnej Stosowanie środków sercowych i rtęciowych leków moczopędnych było zupełnie bezskuteczne, chorej kilkakrotnie w odstępach 3 — 4 tygodniowych wypuszczano po 6 — 8 litrów płynu z jamy brzusznej, mimo to stan chorej stopniowo pogarszał się i zejście śmiertelne wydawało się nieuchronne. W okresie zupełnego zwątpienia nagle nastąpił nieoczekiwany zwrot w stanie chorej: nadczynność tarczycy samoistnie przeszła w stan równowagi, a nawet wystąpiły pewne objawy niedoczynności, objawy niedomogi serca, nie poddające się leczeniu ustąpiły całkowicie. W rok później u chorej tej wystąpiła ciężka żółtaczka mechaniczna, spowodowa-

ną uwięzgnięciem kamienia we wspólnym przewodzie żółciowym z następowym ropnym zapaleniem dróg żółciowych, chora zniosła zabieg operacyjny doskonale i obecnie po upływie 3 lat od zabiegu czuje się zupełnie dobrze. W danym przypadku ustąpienie objawów nadczynności tarczycy przyczyniło się do usprawnienia mięśnia sercowego z jednej strony przez usunięcie zatrucia mięśnia (myocarditis thyreotoxica), z drugiej zaś strony przez zmniejszenie zapotrzebowania ustroju na tlen, a tym samym zwolnienie krwiobiegu.

Przyp. 2. dotyczy chorej A. D. lat 72, z nadciśnieniem samoistnym około 200/110. Od paru miesięcy objawy niedomogi lewokomorowej, przejawiające się dusznością wysiłkową, przy czym co pewien czas zarówno w dzień jak i w nocy występują napady obrzęku płuc. Chora przez dłuższy czas otrzymywała wstrzykiwania dożylne ouabainy i strofantyny, przelotnie duszność ustępowała, na dłuższy jednak przeciąg czasu poprawy nie udawało się uzyskać. U chorej tej stopniowo zaczęły występować objawy, świadczące o postępującej miażdżycy tętnic mózgowych. Chora wykazywała brak orientacji w czasie i przestrzeni, nie poznawała najbliższego otoczenia, poziom mocznika we krwi wynosił wówczas 40 mlgr. %. Od tego czasu aż do śmierci t. j. w ciągu ½ roku chora nie ujawniała zupełnie objawów niedomogi lewokomorowej mimo to, że żadnych leków sercowych nie otrzymywała.

Przyp. 3. Chory S. Ł., lat 58 z kiłowym zapaleniem tętnicy głównej z jednoczesną niedomykalnością zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej: od paru miesięcy duszność wysiłkowa, obrzęki kończyn dolnych, skąpomocz. Pod wpływem verodigenu i domięśniowych wstrzykiwań salyrganu obrzęki mniejsze, duszność nadal utrzymuje się, tętno przyśpieszone około 112 na 1. U chorego nagle wystąpił wylew krwawy do mózgu z porażeniem prawej połowy ciała i utratą mowy. Od tej chwili wyraźne cofanie się objawów niedomogi serca mimo zaprzestania podawania środków sercowych.

Przyp. 4. Chory P. M., lat 54. Przed 14 laty przebył zakażenie kiłowe, nigdy się nie leczył. Obecnie stwierdza się kiłowe zapalenie tętnicy głównej (szerokość aorty wstępującej 4,2 cm.). Chory od 3 tygodni odczuwa stałą duszność, nawet w spoczynku, nasilającą się znacznie w nocy. Serce o konfiguracji aortalnej sięga w lewo do lewej linii pachowej, czynność serca niemiarowa z licznymi skurczami dodatkowymi, pochodzenia komorowego, ciśnienie krwi 110/70, wątroba wystaje na 1½ palca z pod łuku żebrowego prawego. Chory otrzymywał początkowo raz dziennie dożylnie ¼ mlgr. ouabainy, następnie zaś 2 razy dziennie po ¼ mlgr. bez wyraźniejszego wyniku; wprawdzie bezpośrednio po wstrzyknięciu duszność znacznie się zmniejszała, jednakże już po 2 — 3 godzinach działanie ouabainy mijało bez śladu. Przypadek przedstawiał się rozpaczli-

CHEMICZNA FABRYKA DAWNIEJ SANDOZ, BAZYLEA, SZWAJCARIA

Nowo wprowadzone:

„Calcium-Sandoz”

20%-owej koncentracji

wlewania dożylne i śródmięśniowe.

„Chinin-Calcium-Sandoz”

Terapia chininą i jonem wapnia.

Ampułki po 2, 5 i 10 ccm.

Wlewania dożylne i śródmięśniowe.

Współpr. nauk. Inż. K. A. Sommer, Warszawa, Wileńska 7 m. 5

wie, gdyż tylko morfina dawała choremu ulgę i to zaledwie na przeciąg 3 — 4 godzin. Chory ten pewnego dnia zaczął wykazywać objawy braku orientacji w czasie i przestrzeni oraz urojenia wielkościowe, które nasuwały uzasadnione przypuszczenie paraliżu postępowego. Dokonano nakłucia lędźwiowego, które wykazało w płynie mózgowo - rdzeniowym odczyn Wassermanna ++++, Nonne - Apelt słabo dodatni. Począwszy od chwili wystąpienia objawów mózgowych duszność znacznie się zmniejszyła i po paru dniach ustąpiła zupełnie tak, że chory spędzał spokojnie noc bez morfiny.

Wyjaśnienie pierwszego przypadku nie nastręcza żadnych trudności; rzecz zrozumiała, że ustąpienie nadczynności tarczycy doprowadziło do cofnięcia się objawów niedomogi krążenia, zależnych od toksycznego uszkodzenia mięśnia sercowego. Natomiast wytłumaczenie mechanizmu cofania się objawów niedomogowych w trzech pozostałych przypadkach stanowi zagadnienie bynajmniej nie łatwe do rozwiązania. Wspólną cechę przypadków tych stanowi to, że z chwilą wystąpienia objawów mózgowych czy to w postaci miażdżycy tętnic mózgowych, bądź w postaci wylewu krwawego do mózgu, bądź też wreszcie paraliżu postępowego objawy niedomogi krążenia, dość jaskrawo zaznaczone i niepoddające się leczeniu, stopniowo całkowicie ustępowały. Możnaby wysunąć przypuszczenie, że pod wpływem zaburzeń mózgowych w przypadkach tych doszło do zwolnienia przemiany materii, które z kolei przyczyniło się do usprawnienia serca; serce bowiem, pracując obecnie w innych warunkach, mogło już sprostać zadaniu, podczas gdy przy dużym zapotrzebowaniu przez ustrój tlenu, ujawniać musiało cechy niewydolności. Mechanizm więc cofania się objawów niedomogowych w przypadkach tych pokrywałby się przeto z mechanizmem w pierwszym przypadku a tym samym wszystkie podane tu przypadki stanowiłyby jak gdyby samoistnie przez ustrój bezkrwawo dokonany zabieg usunięcia tarczycy, który w beznadziejnych niekiedy przypadkach niedomogi krążenia przyczynia się do uzyskania wyrównania krążenia. Ten sposób wyjaśnienia związku, zachodzącego pomiędzy czynnikami pozasercowemi a cofaniem się objawów niewydolności krążenia niestety nie mógł być poparty badaniem przemiany podstawowej, gdyż przypadki te spostrzegane były w praktyce prywatnej, poza tym zaś ciężki stan chorych uniemożliwiał przeprowadzenie tego badania. Mimo to jednak hypoteza tu wysunięta ma dużo szans prawdopodobieństwa i być może spostrzeganie innych, analogicznych przypadków przyczyni się do całkowitego wyjaśnienia tego dość ciekawego zagadnienia.

VACCINEURINA

w ręku lekarza

1. znakomity środek przeciwko chorobom układu nerwowego, wypróbowany od blisko 20-tu lat we wszystkich cywilizowanych państwach;
2. niezawodne działanie wywołujące gorączkę.

PYOCYANAZA

oryginalna

biologiczny, zabijający bakterie i rozpuszczający błony i naloty preparat przeciw zakaźnym chorobom skóry i błon śluzowych, oraz przeciwko upławom.
Pyocyanaza nie jest chemicznym środkiem odkażającym.

Stosowanie przez rozpylanie lub pendzlowanie, inhalację, nastrzykiwanie, wkraplanie i płókanie w rozcieńczeniu 1 : 4.





Preparaty te są obecnie wyrabiane na zasadzie licencji
Saskiej Wytwórni Surowic S. A., Drezno
w Chem.-Farm. Zakładach Przemysłowych
Fr. KARPIŃSKI S. A., w Warszawie

Wyłączna sprzedaż na Polskę w firmie:
BRESZEL i BRUZDA
Spółka Komandytowa
dawn. JÓZEF BRESZEL i S-ka
(DZIAŁ SZCZEPIONEK)

WARSZAWA, Pl. Małachowskiego 2

Dr. A. BOCZKO (Warszawa).

O CHOROBIE CUSHINGA.

Podstawową własnością układu dokrewnego jest ścisła współzależność czyli *korelacja* poszczególnych gruczołów dokrewnych. Hormony wydzielane przez dany gruczoł dokrewny zawsze pobudzają lub hamują czynność innych gruczołów. Dlatego też wycięcie jednego gruczołu powoduje przerost lub zanik w innych gruczołach. Należy podkreślić, iż ten sam gruczoł może wytwarzać hormony o działaniu sprzecznym. Tak więc jajnik wydziela folikulinę i luteinę. Folikulina wywołuje period, zaś luteina hamuje. Tak samo w przednim płacie przysadki wydziela się hormon wzrostu oraz hormon przeciwwzrostowy. Współzależność jest szczególnie wybitnie zaznaczona w czynności przedniego płata przysadki. Hormony przedniego płata przysadki odgrywają rolę kierowniczą w układzie dokrewnym. Gruczoł ten wytwarza cały szereg hormonów, które pobudzają czynność pozostałych gruczołów dokrewnych. Przedni płat przysadki posiada 3 odrębne grupy komórek: 1) komórki główne, 2) komórki kwasochłonne, 3) komórki zasadochłonne. Komórki główne ulegają rozrostowi w okresie ciąży i tworzą wówczas komórki ciążowe. Komórki kwasochłonne wydzielają hormon wzrostu. Komórki zasadochłonne wytwarzają hormon gonadotropowy, i n t e r r e n o t r o p o w y, barwikowy czyli melanoforowy, hormon przemiany tłuszczowej, lipoitrynę i hormon przeciwwzrostowy. Hormon gonadotropowy pobudza czynność jajnika, wywołując dojrzewanie pęcherzyków Graafa i tworzenie się ciałka żółtego. Liczni autorzy przyjmują istnienie dwóch hormonów gonadotropowych: hormonu dojrzewania pęcherzyków Graafa i hormonu luteinizującego. Bardziej prawdopodobnym wydaje się przypuszczenie, iż istnieje jeden hormon gonadotropowy, który w nadmiarze wywołuje luteinizację, zaś w ilości miernej powoduje dojrzewanie pęcherzyków Graafa. — Hormon interrenotropowy pobudza czynność kory nadnercza.

Podłożem anatomicznym choroby Cushinga jest gruczolak zasadochłonny przedniego płata przysadki, który polega *na rozroście i nadczynności komórek zasadochłonnych*. W większości przypadków komórki zasadochłonne przenikają również do tylnego płata przysadki. Wytworzone w nadmiernej ilości hormony komórek zasadochłonnych pobudzają czynność kory nadnercza i hamują czynność gruczołów płciowych.

Wskutek działania nadmiaru hormonu interrenotropowego, dochodzi do przerostu kory nadnercza, co wywołuje wtórny interrenalismus W o g ó l e o b j a w y s p o s t r z e g a n e w p r z e b i e g u i n t e r r e n a l i s m u i o b r a z k l i n i c z n y c h o r o b y C u s h i n g a s ą b a r d z o d o s i e b i e p o d o b n e. T o t e ż Bauer ujmuje chorobę Cushinga jako interrenalismus.

Już oddawna spostrzegano, iż w przebiegu gruczolaków przysadki

Mając do czynienia z przypadkiem:

Hyperaciditas

Gastrosuccorhoea

Ulcus ventriculi s. duodeni,

większość lekarzy przepisuje przede wszystkim

NEUTROL — „MOTOR"

jako środek wiążący nadmiar HCl.

Zaburzenia potencji
Infantylizm
Przedwczesne starzenie się
Otyłość pochodzenia wewnątrzwydzielniczego
Climacterium virile
Schorzenia gruczołu krokowego



zwalcza skutecznie pełnowartościowy biologicznie standaryzowany wyciąg z męskich gruczołów płciowych

ANDROSTINA

Pabjanicka Spółka Akcyjna Przemysłu Chemicznego, Pabjanice

współistnieją objąwy nadczynności i niedoczynności. Okoliczności tej nie umiano należycie wytłumaczyć. Dopiero dzięki nowszym zdobyczom endokrynologii i badaniom Cushinga wykryto antagonizm komórek kwasochłonnych i zasadochłonnych. Rozrost komórek zasadochłonnych powoduje objawy nadczynności, zaś jednoczesny zanik komórek kwasochłonnych ujawnia się objawami niedoczynności. Wytłumaczenie powyższej pozornej sprzeczności i wyodrębnienie objawów gruczolaka zasadochłonnego było wiekopomnym dziełem Cushinga.

Podstawowe objawy choroby Cushinga są następujące: *otyłość o typie szczególnym, nadmierne uwłosienie tułowia i twarzy u kobiet, akrocynoza i cyanoza twarzy, nadciśnienie tętnicze, swoiste ciemne pręgi skóry, zmiany barwikowe skóry, skłonność do krwawień skórnych, policytemia, osteoporoza z kyfozą.* Wszystkie te objawy są zdaniem Cushinga zależne od nadczynności komórek zasadochłonnych przedniego płata przysadki.

Bardzo pouczające jest zestawienie porównawcze choroby Cushinga z objawami innych schorzeń dokrewnych. — Wzmożona czynność przysadki w chorobie Cushinga jest tylko c z ę ś c i o w ą tak samo jak częściową nadczynnością przysadki jest akromegalia, która powstaje na tle wzrostu komórek kwasochłonnych. W przebiegu choroby Addisona dochodzi do zaniku komórek zasadochłonnych, co mogłoby tłumaczyć spadek ciśnienia krwi. Ostatnio udowodniono, iż komórki zasadochłonne wydzielają *wazopresynę* czyli składnik naczyniokurczowy pituitryny. W ten sposób tłumaczy się wzrost ciśnienia krwi wskutek nadczynności komórek zasadochłonnych. Ale również pośrednio w tym wypadku dochodzi do wzrostu ciśnienia, gdyż komórki zasadochłonne wytwarzają hormon kortykotropowy, który pobudza korę nadnercza. W roku 1920 Berblinger doniósł o rozroście komórek zasadochłonnych w przebiegu chorób nerek z nadciśnieniem, nadto rozrost komórek zasadochłonnych spostrzegano przy nadciśnieniu samoistnym. W niektórych przypadkach nadciśnienia stwierdzano ponadto wtargnięcie komórek zasadochłonnych do tylnego płata przysadki. — Jak już podano wyżej, obraz choroby Cushinga jest bardzo zbliżony do interrenalismus. To podobieństwo jest niekiedy tak znaczne, iż przyżyciowo ustalenie właściwego rozpoznania jest niemożliwe. Dopiero badanie pośmiertne i stwierdzenie rozrostu komórek zasadochłonnych prowadzą do właściwego rozpoznania. — Objawy ze strony gruczołów płciowych stają się zrozumiałe przy porównaniu z mechanizmem periodu Komórki zasadochłonne wytwarzają hormon gonadotropowy, który pobudza dojrzewanie pęcherzyków Graafa. Nadmierna ilość hormonu gonadotropowego powoduje wzmożony rozwój ciałka żółtego. Okoliczność ta tłumaczy brak periodów w przebiegu choroby Cushinga. Tak samo nadmiar hormonu gonadotropowego hamuje proces tworzenia się nasienia czyli spermiogenezę. Normalna ilość wymienionego

PYROCHINOL

tłumi gorączkę

kojarząc własności lecznicze grupy orto-oxy-chinolino-sulfonowej i pochodnej pyrazolonu.

działa energicznie

PRZECIWGORĄCZKOWO
PRZECIWZAPALNIE
PRZECIWBÓLOWO
PRZECIWZAKAŹNIE

WYZWALA SIŁY ODPORNOŚCIOWE USTROJU.
SPROWADZA SZYBKO STAN EUFORJI

WSKAZANIA

GRYPA • ZAPALENIE PŁUC •
GORĄCZKA POPOŁOGOWA •
WSZELKIE STANY GORĄCZKOWE



PRZEMYSŁ CHEMICZNY
SYNERGA SP. Z O.O.
WARSZAWA • AL. GRÓJECKA 75-77

J. ZOLLER.

hormonu pobudza czynność jąder. W przeciwieństwie do poglądów Zondeka, Berblinger odrzuca istnienie dwóch hormonów gonadotropowych. Zdaniem Berblingera istnieje jeden hormon gonadotropowy, który wykazuje różne działanie w zależności od stopnia wydzielania tego hormonu. — Wielopostaciowość objawów choroby Cushinga świadczy, iż jest to prawdopodobnie schorzenie wielogruczołowe. W każdym razie dotychczas nie udowodniono wyłącznej zależności od schorzeń przedniego płata przysadki. — Rozbiór poszczególnych objawów wykazuje, iż patogeneza omawianej sprawy chorobowej jest niezmiernie złożona i wymaga dalszych badań. *Otłuszczenie* w przebiegu choroby Cushinga odznacza się osobliwym umiejscowieniem. Jest rzeczą zastanawiającą, iż otłuszczenie występuje bardzo szybko i dotyczy wyłącznie tkanki podskórnej. Tłuszcz odkłada się początkowo w obrębie twarzy i policzków. Później otłuszczenie obejmuje szyję, tułów i powłoki brzuszne. Kończyny i okolice pośladkowe pozostają wolne. — *Pręgi rozległe* tworzą się nie tylko w okolicach ciała objętych otłuszczeniem, lecz również w obrębie kończyn. Objaw ten nie jest stałą oznaką. Powstawanie pręg rozległych usiłowano tłumaczyć rozciąganiem skóry przez wzmożony podkład tłuszczowy. Istotnie skóra nad pręgami jest sucha i w stanie zaniku. Jednak, jeżeli wziąć pod uwagę umiejscowienie pręg w obrębie kończyn, wówczas powyższe tłumaczenie odpada. Prawdopodobnie pręgi powstają w związku z nadmiernym rozszerzeniem się drobnych naczyń. Pręgi rozległe spostrzegano również na tle zespołu Marfana czyli arachnodaktylii. Jest to schorzenie rozwijające się na tle nadczynności komórek kwasochłonnych przysadki. Wynika stąd, iż pręgi rozległe są wogóle objawem nadczynności przysadki. Liczba czerwonych krwinek zwykle utrzymuje się na poziomie górnej granicy normy. O pewnym pobudzeniu szpiku kostnego świadczy 1% — 4% myelocytów. *Policytemia* nie zawsze jest stałym objawem choroby Cushinga. Natomiast *akrocyanoza* i wygląd *pletoryczny* są nieodłącznym składnikiem obrazu chorobowego. Patognomiczne jest *nadciśnienie tętnicze* o ile niema choroby nerek. Rozpiętość ciśnienia jest zazwyczaj duża, przy czym ciśnienie podlega znacznym wahaniom — Szczególnie cenne dla zrozumienia patogenezy objawów choroby Cushinga są *przypadki nadciśnienia, w których badanie pośmiertne ujawniło rozrost komórek zasadochłonnych lub gruczolak zasadochłonny.* — Należy podkreślić, iż rozrost kory nadnercza może również spowodować nadciśnienie. Jednak w tym wypadku nie dochodzi do rozrostu komórek zasadochłonnych w przednim płacie przysadki Naogół poza chorobą Cushinga rozrost komórek zasadochłonnych nie wywołuje przerostu kory nadnercza. Oczywiście w niektórych przypadkach wyjątkowo kora nadnercza wtórnie przerasta. — Aby wyjaśnić przyczynę *nadmiernego uwłosienia,* należy rozpatrzeć zjawisko uwłosienia twarzy u kobiet w okresie przekwitania. Nadmierne uwłosienie twarzy w tym wypadku jest wyra-

NOVURIT-CHINOIN
DIURETICUM

DEMALGON-CHINOIN
ANALGETICUM

Reg. Nr. 1825 i 1826

SENSIBAMIN-
CHINOIN
UTERINUM HAEMOSTYPTICUM

Nowy naturalny alkaloid z polskiego sporyszu!

Działanie szybkie, energiczne i długotrwałe!

Tabletki po 0,7 mg SENSIBAMINY.
Ampułki po 1,1 ccm zawierające 0,35 mg SENSIBAMINY.

Spasmoliticum myotrop.
PERPARIN-CHINOIN

Generalne Przedstawicielstwo

Spasmoliticum neurotrop.
NOVATROPIN-CHINOIN

BRESZEL i BRUZDA
WARSZAWA, PL. MAŁACHOWSKIEGO 2.

NUCLEARSITOL ROBIN

(połączenie kwasów nukleinowych z methylarsenianem sodu)

w ampułkach

Pobudza leukocytozę i fagocytozę.
Zwiększa odporność organizmu.
Wyborny lek: w schorzeniach skrofulicznych i limfatycznych.
W stanach upośledzonego odżywiania.
Zwiększa odporność organizmu.

Przedstawicielstwo na Polskę
St. Synoradzki, Warszawa, Orla 11

Ceny na wszystkie preparaty firmy Robin **znacznie obniżone!**

zem przerostu kory nadnercza w następstwie zaniku jajników. Zmiany kory nadnercza powodują uwydatnienie się wtórnych heteroseksualnych cech płciowych. W przebiegu choroby Cushinga występuje u kobiet uwłosienie na wargach i podbródku. Tego rodzaju uwłosienie spostrzega się również w tych przypadkach, gdy brak rozrostu kory nadnercza w przebiegu choroby Cushinga. Z innej znów strony niekiedy w chorobie Cushinga brak nadmiernego uwłosienia, gdy nie dochodzi do rozrostu kory nadnercza. W każdym razie objaw ten w przebiegu choroby Cushinga nigdy nie osiąga takiego nasilenia, jak w przebiegu hirsutismu, który polega na pierwotnej nadczynności kory nadnercza. — *Hypogenitalismus* jest nieodłącznym objawem choroby Cushinga. U kobiet hypogenitalismus ujawnia się brakiem periodów, u mężczyzn — niemocą. Pod tym względem istnieje zasadnicza różnica między dystrophia adiposo - genitalis a chorobą Cushinga. Przy dystrophia adiposo - genitalis uwłosienie zanika, włosy na głowie wypadają, natomiast w chorobie Cushinga dochodzi do nadmiernego uwłosienia. — Liczni autorzy spostrzegali różne zmiany zanikowe i zwyrodnieniowe w obrębie jajników na tle choroby Cushinga. Niekiedy zmiany jajników są podobne do zmian spostrzeganych u młodocianych zwierząt przy dodatnim odczynie Aschheima — Zondeka.

W tym wypadku mimo niedomogi rozwoju jajników dochodzi do dojrzewania pęcherzyków Graafa, licznych punkcikowatych wybroczyn i luteinizacji. Powyższe zmiany znajdują swe wytłumaczenie w nadmiernym wytwarzaniu hormonu gonadotropowego wskutek rozrostu komórek zasadochłonnych. U mężczyzn stwierdza się w przebiegu choroby Cushinga zupełne niemal zniesienie spermiogenezy i zmiany zanikowe jąder. Wytłumaczenie zaburzeń czynności płciowych jest trudne. Dystrophia adiposo - genitalis na tle gruczolaków kwasochłonnych lub głównokomórkowych jest zrozumiała. Powyższe komórki wypierają komórki zasadochłonne, które wytwarzają hormon gonadotropowy. Wynikałoby stąd, iż przy rozroście komórek zasadochłonnych należałoby raczej spodziewać się nadczynności gruczołów płciowych. Tę pozorną sprzeczność możnaby wytłumaczyć, jeżeli przyjąć, iż istnieje tylko jeden hormon gonadotropowy, którego normalna ilość sprzyja czynności gruczołów płciowych, zaś nadmiar powoduje zahamowanie. Jeżeli natomiast przypuszczać odrębne istnienie hormonu dojrzewania pęcherzyków Graafa i hormonu luteinizacyjnego, wówczas brak periodów możnaby wytłumaczyć działaniem nadmiaru hormonu luteinizacyjnego. Działanie hormonu gonadotropowego na jądra nie jest dostatecznie znane. Jedynie uzasadniono, iż mała ilość tego hormonu pobudza spermiogenezę, duża — hamuje. W każdym razie zaburzenia płciowe w chorobie Cushinga posiadają zupełnie odrębne pochodzenie i charakter niż w dystrophia adiposo - genitalis. Przy dystrophia adiposo - genitalis chodzi o brak hormonu gonadotropowego i zanik komórek zasadochłonnych, natomiast w chorobie Cushinga nastę-

PANCHOLON „Ap. Kowalski"

Roślinny środek żółciopędny, pełnowartościowy wyciąg płynny z kłącza ostryżu jawajskiego.

Nr. rejestru M. O. S. 1859

Wskazania: **Cholangitis, Cholelithiasis, Cholecystitis, Icterus.**

Próby wysyła PP. Lekarzom na życzenie

FABRYKA CHEM.-FARM. „Ap. Kowalski" WARSZAWA 1 ul. Grzybowska 43. DZIAŁ NAUKOWY

puje nadmierne tworzenie się hormonu gonadotropowego. Jest również rzeczą możliwą iż hypogenitalismus jest wynikiem wtórnych zmian korynadnercza. — Godne uwagi są zwiększenie ilości cholesteryny we krwi, hiperglikemia i glikozuria. Są to objawy przypuszczalnie zależne od przerostu kory nadnercza. — Bardzo ważną oznaką choroby Cushinga jest o s t e o p o r o z a. Osteoporoza czyli rozrzedzenie kości jest następstwem upośledzenia procesu tworzenia się tkanki kostnej, gdy tymczasem procesy rozkładowe odbywają się w tkance kostnej normalnie. Liczba osteoblastów maleje, natomiast osteoklasty pozostają w normalnej ilości. W następstwie rozrzedzenia kości często występują samoistnie złamania oraz kifoza. Osteoporoza wykazuje pewne podobieństwo do osteogenesis imperfecta, która również polega na upośledzonej czynności osteoblastów. Zmiany kostne są wywołane niedoczynnością komórek kwasochłonnych, które wytwarzają hormon wzrostu i kostnienia.

Przy badaniu pośmiertnym przypadków choroby Cushinga zazwyczaj stwierdza się drobne gruczolaki zasadochłonne, wskutek czego nigdy nie dochodzi do powiększenia rozmiarów siodełka tureckiego.

Choroba Cushinga o wiele częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn. Trwanie choroby waha się od kilku miesięcy do kilku lat. Śmierć następuje wskutek zmniejszonej odporności ustroju. Pod tym względem Berblinger przytacza pouczający przypadek Zgon chorego nastąpił wskutek posocznicy na tle ropowicy w następstwie drobnego zranienia.

Głównym zagadnieniem patogenezy choroby Cushinga jest wpływ gruczolaka zasadochłonnego na korę nadnercza i gruczoły płciowe, co mogłoby tłumaczyć nadmierne uwłosienie. Hypertrichosis często spostrzega się w przebiegu akromegalii. Dawniej nadmierne uwłosienie w akromegalii tłumaczono nadczynnością kory nadnercza. Często też znajdywano przy badaniu pośmiertnym kobiet w okresie przekwitania nadmierne owłosienie i przerost kory nadnercza. W tym wypadku nie znajdywano gruczolaka zasadochłonnego. — Niektórzy autorzy jak Kraus uważają tworzenie się gruczolaka zasadochłonnego za zjawisko wtórne. Istotnie przy otyłości, przeroście kory nadnercza, nadciśnieniu i hipercholesterynemii dochodzi do wtórnego rozrostu komórek zasadochłonnych. Rozrost ten miałby być wyrazem odczynu wyrównawczego. Wynikałoby stąd, iż komórki zasadochłonne mają na celu regulowanie przemiany tłuszczowej i ciśnienia krwi. Badania pośmiertne osób otyłych potwierdzają stanowisko Krausa. Jednocześnie należy podkreślić, iż w tym wypadku nie dochodzi do przerostu kory nadnerczy, co świadczy o niezależności komórek zasadochłonnych od nadnercza. — Najważniejszym dowodem przeciwko koncepcji Cushinga jest *interrenalismus*. Przy *interrenalismus* mimo objawów zupełnie podobnych do choroby Cushinga nie stwierdza się wzrostu komórek zasadochłonnych Jedyną oznaką wyróżniającą jest zawartość we krwi hormonu melanoforowego i interrenotropowego

NATURALNE PRODUKTY

VICHY-ETAT



WODY (CELESTINS, GRANDE-GRILLE, HOPITAL i CHOMEL)

S Ó L

COMPRIMÉS (TABLETKI MUSUJĄCE)

PASTYLKI (DO SSANIA, W RÓŻNYCH SMAKACH).

Wskazania:

SCHORZENIA WĄTROBY, ŻOŁĄDKA I JELIT

CHOROBY PRZEMIANY MATERII

(REUMATYZM I ARTRETYZM)

Pewny i łagodny środek przeczyszczający dla dorosłych i dzieci

DRASTIN - LUBELSKI



działa niezawodnie bez bólów i objawów ubocznych.

Czekoladka w pudełeczku — 15 groszy.

Na żądanie WPP. Lekarzy wysyła literaturę i próby wytwórca:
Aptekarz **J. LUBELSKI** Warszawa, Długa 16.

w przebiegu choroby Cushinga. W przeciwieństwie do Cushinga Bauer ujmuje omawianą sprawę chorobową jako wtórny interrenalismus, wywołany przez hormon interrenotropowy. Należy podkreślić, iż hormon interrenotropowy jest wytwarzany nie tylko przez komórki zasadochłonne. lecz również przez komórki kwasochłonne. Dlatego też w akromegalii dochodzi do przerostu kory nadnercza. — Przestrojenie płciowe występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn. Spowodu tego przestrojenia ujawniają się utajone cechy heteroseksualne. Jednak w przeciwieństwie do interrenalismus nigdy nie dochodzi w przebiegu choroby Cushinga do przerostu łechtaczki. Tak samo pierwotny interrenalismus nie powoduje rozrostu komórek zasadochłonnych. — Odrębnego omówienia wymaga przerost kory nadnercza. Czysty hormon kory nadnercza czyli kortyna pobudza rozwój gruczołów rodnych, natomiast całkowity wyciąg kory nadnercza hamuje czynności płciowe. Zresztą nie zawsze w chorobie Cushinga stwierdza się brak periodów. — Nieodłącznym i stałym objawem choroby Cushinga jest osteoporoza, natomiast przy pierwotnym interrenalismus osteoporoza występuje wyjątkowo rzadko. Wytłumaczenie patogenezy osteoporozy jest trudne. Na podstawie analogii z jajnikiem należy przyjąć istnienie w przednim płacie przysadki dwóch hormonów o działaniu antagonistycznym. Komórki kwasochłonne wydzielają hormon wzrostu, który również pobudza tworzenie się kości. Komórki zasadochłonne wytwarzają hormon przeciwwzrostowy o działaniu przeciwnym. Na korzyść tego przypuszczenia przemawia ta okoliczność, iż jednoczesne stosowanie hormonu wzrostu i hormonu gonadotropowego osłabia działanie hormonu wzrostu. Widocznie hormon gonadotropowy zawiera domieszkę hormonu przeciwwzrostowego. Nadmierna ilość hormonu przeciwwzrostowego mogłaby tłumaczyć niski wzrost chorych w przypadkach choroby Cushinga.

Nie ulega wątpliwości, iż zmiany przysadki w chorobie Cushinga są *pierwotnym procesem chorobotwórczym*. Ta pierwotna sprawa wywołuje wtórny interrenalismus. Spór Bauera i Cushinga stanie się zrozumiałym, jeżeli wziąć pod uwagę, iż pierwotny interrenalismus bardzo trudno odróżnić od wtórnego. Spór ten dotychczas nie został rozstrzygnięty, gdyż nie ustalono bliżej zależności między otyłością a gruczolakiem zasadochłonnym. *Cushing* wiąże otyłość z ośrodkami przemiany tłuszczowej w międzymózgowiu. Według *Raaba* gruczolak zasadochłonny powoduje rozkład lipoitryny, która w drodze mechanizmu nerwowego powoduje spalanie się tłuszczu. Osobliwe rozmieszczenie tłuszczu w chorobie Cushinga dotychczas nie zostało wytłumaczone.

Pierwsze swe spostrzeżenia ogłosił Cushing w roku 1932. Od tego czasu opisano około 50 przypadków tej choroby. W piśmiennictwie polskim Herman i Merenlender w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim" Nr. 34 — 37, 1936 r., ogłosili bardzo szczegółowy i obszerny opis przy-

Leciferrina

Ovolecithina z żelazem w płynie

Znany środek odżywczy i wzmacniający

w osłabieniach, blednicy, anemii, neurastenii i w rekonwalescencji.

Nr. rejestru 1520.

Flakon 1/1 ca 500,0 Zł. 4.70
„ 1/2 „ 250,0 „ 2.70

SCOTT & BOWNE Sp. Akc. Warszawa, Okopowa 21/23
Tel. 233-93 i 221-48

TABLETKI

ANACOT

desinficiens — w schorzeniach gardła i krtani

prophylacticum — w chorobach infekcyjnych

Pastylka ANACOT zawiera 0.01 g formaldehydu

Pastylki ANACOT nie barwią ust i zębów i są przyjemne w smaku

30 pastylek w rurce aluminiowej Zł. 1.50.

Próbki i literaturę wysyła

Fabryka Chem.-Farm. Dr. A. WANDER, S. A. Kraków

padku choroby Cushinga. W przypadku tym wykonano również bardzo dokładne badanie pośmiertne. Sprawa dotyczyła mężczyzny lat 23, u którego rozwinął się typowy zespół chorobowy Cushinga. Podczas badania pośmiertnego w płacie przednim przysadki wykryto drobny guzek białawy o zbitej spoistości, dobrze odgraniczony od otoczenia. Badanie mikroskopowe ujawniło, iż wymieniony guzek jest gruczolakiem zasadochłonnym. W obrębie tylnego płata przysadki również stwierdzono wtargnięcie komórek zasadochłonnych. W zakresie nadnerczy stwierdzono przerost i odkładanie się lipoidów w korze. Nadto znaleziono w korze nadnercza drobny guzek o granicach zatartych. Guzek ten składał się z normalnych komórek kory nadnercza. Powyższym zmianom towarzyszyły zanik jądra, zwyrodnienie tłuszczowe trzustki oraz objawy miażdżycy. Stwierdzenie gruczolaka zasadochłonnego w tym wypadku potwierdza słuszność koncepcji Cushinga.

Leczenie. Ogłoszone są doniesienia o pomyślnym działaniu naświetlań rentgenowskich okolicy przysadki. Istotnie stwierdzono w następstwie naświetlań ustępowanie dolegliwości podmiotowych oraz korzystny wpływ na osteoporozę. Hildebrand w przypadkach choroby Cushinga proponuje obnażenie operacyjne nadnerczy i w razie braku guzów nadnercza jednostronne usunięcie nadnercza. Oczywiście zabieg taki mógłby być usprawiedliwiony przy braku zmian w przysadce. Metoda Hildebranda jest niebezpieczna i nie przyjęła się zupełnie.

Ostatnio choroba Cushinga jest przedmiotem bardzo licznych badań. Aczkolwiek schorzenie to spostrzega się rzadko, jednak zasługuje ono na szczególną uwagę, ze względu na złożone i różnorodne zespoły objawów. Prócz doniosłego znaczenia teoretycznego głębsze poznanie choroby Cushinga winno wreszcie doprowadzić do powstania nowych metod leczniczych. Głównie chodziłoby o przypadki poronne, które prawdopodobnie są o wiele częstsze, nic się obecnie przypuszcza. Nie ulega wątpliwości, iż śród chorych z nadciśnieniem możnaby znaleźć wiele przypadków poronnych choroby Cushinga. Aczkolwiek przyczyna choroby Cushinga nie jest dotąd całkowicie wyjaśniona, wyodrębnienie tego zespołu jako oddzielnej jednostki chorobowej przyczyniło się do wyświetlenia wielu niejasnych dotąd zjawisk i stało się bodźcem do dalszych w tym kierunku badań.

PIŚMIENNICTWO.

1. *E. Herman i I. J. Merenlender.* — Opis kliniczno - anatomiczny przypadku choroby Cushinga. „Warszawskie Czasopismo Lekarskie“, Nr. 34, 35, 36, 37, 1936 r.
2. *W. Berblinger.* — Zur Kenntniss der Cushingschen Krankheit „Medizinische Klinik“, Nr. 27, 28, 29, 1936 r.
3. „Kliniczeskaja Medicina“ Tom XIV Nr. 3 str. 117, Moskwa 1936 r.
4. „Kliniczeskaja Medicina“ Tom XIV Nr. 9 str. 355, Moskwa 1936 r.

H. GODARD. *Obecny stan leczenia chirurgicznego astmy i dławicy piersiowej.* (Le Monde Médical Nr. 891/36 r.)

Leczenie chirurgiczne dławicy piersiowej polega na przecięciu gałązek nerwów współczulnych. W wypadku dławicy piersiowej pierwszorzędne wskazanie do zabiegu operacyjnego stanowią przypadki, w których nie stwierdza się zmian elektrokardiograficznych, a więc, gdzie nie ma zmian organicznych w naczyniach wieńcowych, istnieje zaś tylko spazm tych naczyń.

Wypadki zaś, w których istnieje ciężkie uszkodzenie naczyń wieńcowych, do zabiegu się nie nadają, Elektrokardiograf oddaje usługi nie tylko w sensie ustalania wskazań do operacji, ale również pozwala śledzić zachowanie się rytmu serca po zabiegu. W ten sposób ustalono brak zaburzeń rytmu po zabiegu.

Co się tyczy metody zabiegu operacyjnego, to istnieją liczne jej odmiany.

Niektórzy autorzy proponują przecięcie nerwu współczulnego szyjowego i pierwszego zwoju piersiowego. Inni wycinają zwój gwiaździsty lub też nervus depressor. Stosuje się również wstrzykiwanie alkoholu przykręgowe.

Statystyka jest już dość liczna i wykazuje naogół b. dobre rezultaty, mianowicie w połowie przypadków daje zupełne i trwałe wyzdrowienie. W ostatnich czasach stosuje się również w tym samym celu wycięcie tarczycy. Osądzenie wyników tej metody wymaga jeszcze kilku lat obserwacji.

W ciężkich wypadkach dychawicy stosuje się również przecięcie nerwów współczulnych, jednakże czyni się to tylko w wypadkach wyjątkowych. Okazuje się, iż sympathectomia, pomimo swego charakteru paradoksalnego, zmniejsza skurcz oskrzeli i wpływa dodatnio na chorych na astmę. Tak więc w ciężkich stanach tego schorzenia metoda ta zasługuje na uwagę.

Dr. Irena Grodzieńska

———:o:———

H. STEINMETZ. Ze szpitala chorób kobiecych w Kolonii. *O pooperacyjnym zapaleniu ślinianki przyusznej.* (Zentralblatt für Gyn. Nr. 32. 8. VIII. 1936.)

Pooperacyjne zapalenie ślinianki przyusznej jest powikłaniem dość rzadkim. Powstanie tego powikłania nasuwa wiele do myślenia, zawsze jest ono bardzo poważne. Opierając się na obserwowanych przez siebie przypadkach, autor zaleca jak najdalej idącą ostrożność — mianowicie

jaknajmniejsze ugniatanie ślinianek przy dawaniu narkozy, staranne dozowanie, wytrawny narkotyzer, oraz możliwie jaknajszybsze pobudzenie wydzielania śliny.

Jeżeli zastanowić się nad etiologią, to uważa on, że może powstać zarówno na drodze krwionośnej, jak też na drodze infekcji przez przewód wyprowadzający ślinianki przyusznej przez usta.

O ile w przebiegu pooperacyjnym występuje zapalenie ślinianki przyusznej z równocześnie istniejącymi zakrzepami, to myślimy o infekcji drogą krwionośną; jeżeli zaś przy braku wszelkich powikłań znajdujemy w przewodzie Stenona ropę, to myślimy o infekcji oralnej. W wątpliwych przypadkach bierzemy pod uwagę ogólny stan odżywienia — przy wyniszczeniu np. po długotrwających wymiotach, stan jamy ustnej — uzębienie. Jeżeli idzie o rokowanie, to wielkie znaczenie ma ogólny stan chorej — zawsze jednak jest to sprawa poważna.

Leczenie: początkowo stosujemy środki przeciwzapalne, przy wystąpieniu zapalenia — ciepło, okłady z ichtyolu, celowem jest nacięcie chociaż nieraz długo nie stwierdzamy chełbotania. Dobrym jest możliwie szybko po stwierdzeniu parotitis naświetlanie promieniami Rentgena.

Możliwym jest, że w przyszłości te naświetlania usuną konieczność interwencji chirurgicznej.

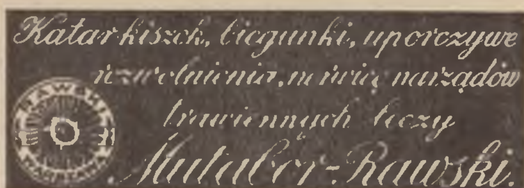
Dr. Halina Szenicer.

———:o:———

GIERHAKE .*O znaczeniu witamin dla rozwoju i czynności narządów płciowych kobiet.*

(Die Bedeutung der Vitamine für Entwicklung und Funktion des weiblichen Genitale. Münch. Med. Wochenschr. 1/2/36).

Obok hormonów również i pewne witaminy są ważnym czynnikiem prawidłowego funkcjonowania organizmu żeńskiego. Pomiędzy hormonami a witaminami istnieje ścisła współzależność. Przykładem tego może być już dawno zaobserwowany fakt występowania objawów niedomogi wielogruczołowej na skutek niedoboru witamin; z drugiej strony np. pomiędzy niektórymi hormonami, a witaminami istnieje antagonizm jak np. między tyroksyną a witaminą A. Budowa chemiczna hormonów i witamin wykazuje dużo podobieństwa. Karotyna — substancja macierzysta. wit. A, oraz Ksantofil, z którego powstaje wit. E, stoją w bliskim pokrewieństwie chemicznym z hormonami płciowymi — pochodnymi cholesteryny. W niektórych gruczołach wydzielania wewnętrznego jak w przysadce, jajniku. ciałku żółtym i łożysku są nagromadzone zapasy substancji, której pochodną jest Karotyna. Birnbacher wykazał, że kobiety są znacznie odporniejsze od mężczyzn na brak wit. A. Tłumaczyć to należy tym. że kobiety posiadają obfitszą podściółkę tłuszczową, spełniającą rolę śpichrza wita-



minowego. Rezerwy te są zużywane podczas ciąży przez wzrastający płód i niedostatecznie ich uzupełnianie w tym okresie doprowadza do objawów awitaminozy A w postaci hemeralopii.

Szczególnie wybitną rolę dla funkcji rozrodczych spełnia wit. E — przeciwbezpłodnościowa.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że niedobór tego czynnika odżywczego u samców wywołuje zwyrodnienie nabłonka kanalików nasiennych, u samic zaś dopóki nie zachodzą w ciążę — nie daje zmian w narządach płciowych. Niedostateczne podawanie wit. E podczas ciąży wywołuje już 10-go dnia zahamowanie rozwoju płodu, następnie śmierć jego i wessanie resztek przez śluzówkę macicy. Obecnie udało się otrzymać wit. E w postaci możliwie czystej. 10 — 15 mg. tej substancji wystarczy dla usunięcia objawów awitaminozy E u samicy szczura. Badania kliniczne Vogt Möllera wykazały skuteczność leczenia poronienia nawykowego wit. E.

Na 20 obserwowanych przypadków tego schorzenia pod wpływem terapii wit. E w 17 doszło do normalnego porodu. Spostrzeżenie to potwierdzają obserwacje — Juhacz - Schäffera.

Witamina D nie odgrywa specjalnej roli w czynności żeńskich narządów płciowych, u kobiet z miednicą rachityczną, ciąża przebiega normalnie. Ciekawym natomiast jest fakt, że krzywica 2 razy częściej jest u chłopców niż u dziewcząt. W późnej krzywicy jeszcze wyraźniej występuje ta różnica. Wg. Fromme stos. mężczyzn z późną krzywicą do kobiet wyraża się jak 15 : 1

Co się tyczy wit. B, to brak jej nie powoduje specyficznych zmian w narządzie płciowym kobiecym.

Wit. C znajduje się poza nadnerczem w jajniku i łożysku. Znana ogólnie jest własność przeciwkrwotoczna wit. C. Pozatem wit. C wg. Caffiera wywiera wpływ ochraniający na wsteczne zmiany poporodowe. Jak ważną jest sprawa dostatecznego dowozu witamin dla ustroju świadczą badania statystyczne w klinice położniczej w Getyndze, które wykazu-

ją znaczny wzrost odsetka hypoplazji macicy. Zjawisko to zależne jest od niedostatecznego odżywiania podczas wojny.

Dr. N. Poznański.

———:o:———

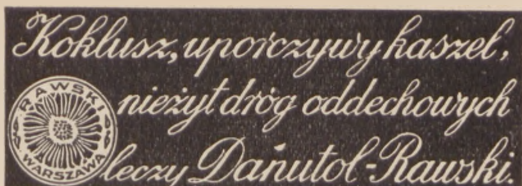
E. BIRK, H. LETHAUS i N. PLUGGE. *Przyczynek do leczenia częstoskurczu napadowego.* (Lecznica Konitzkiego w Uzdrowisku Nauheim. Lekarz Naczelny: Prof. Dr. W. Lueg.) (Fortschritte der Therapie 1936, zeszyt 3, str. 129.)

Autorowie opisują dokładnie leczenie częstoskurczu napadowego. Podczas badań stwierdzono, że środki, jak naparstnica, strofantyna, oraz D o r y l Mercka usuwają napad. Preparaty te mają prawdopodobnie ściśle określone wskazania i przeciwwskazania. Z doświadczenia wynika, że w ciężkich przypadkach długotrwałego częstoskurczu napadowego, w których inne środki zawiodły, skutek działania strofantyny i naparstnicy był szybki i długotrwały we wszystkich niewyrównanych przypadkach, podczas gdy we wszystkich przypadkach z wyrównanymi wadami serca, jakkolwiek duże dawki naparstnicy posiadają nadzwyczajny skutek, pierwszeństwo ma Doryl, którego skuteczne działanie występuje natychmiast i długo się utrzymuje. Tylko w jednym przypadku zatrucia tarczycznego Doryl nie działał, spostrzeżenie to poczyniono też i z innych stron.

———:o:———

Doc. Dr. ERNST FREUND, Wiedeń. *O bólach w okolicy krzyżowej.* (Die Ärztliche Praxis, Wiedeń 15. VI. 36 r. Zeszyt 6.)

W pracy swojej autor rozpatruje szczegółowo bóle, zjawiające się w okolicy krzyżowej, zależnie od zmian, występujących w kręgach lędźwiowych i okolicy krzyżowo - biodrowej oraz w odnośnych ścięgnach i mięśniach. Zmiany te dzieli na kilka grup. W pierwszej grupie rozpatruje wady wrodzone, jak: 1) lumbalizacja pierwszego kręgu krzyżowego, przy której występuje część kręgów lędźwiowych, 2) Sakralizacja piątego kręgu lędźwiowego, zaznaczająca się występowaniem tylko czterech kręgów lędźwiowych oraz 3) spina bifida oceulta. Autor za przykładem innych —- uważa, że wyżej wspomniane wady wrodzone nie przysparzają dotkniętemu nimi żadnych dolegliwości, lecz stanowią locus minoris resistentiae, predysponując organizm do różnego rodzaju dolegliwości w tej okolicy. W drugiej grupie schorzeń autor rozpatruje choroby zapalne i infekcyjne oraz toksyczne tej okolicy. Wśród ogólnych zachorowań aparatu ruchowego za najważniejszą uważa spondylitis ankylopoetica. Cierpienie to rozpoczyna się często w articulatio sarcoiliaca, gdzie wcześnie rentgenologicznie daje się wykazać synostozę, podczas gdy w kręgach nie

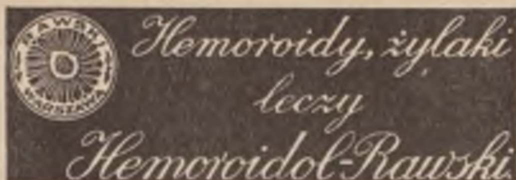


daje się jeszcze rentgenologicznie stwierdzić żadnych zmian. Klinicznie, mimo, że fiksacja stawu może być już daleko posunięta, wypadki takie nadają się jeszcze do skutecznego leczenia. Stosujemy naświetlania promieniami Rentgena, leczenie odpornościowe, a wewnętrznie — długotrwałe dawki pyramidonu, a po przejściu ostrego okresu kąpiele oraz ciepło w różnej postaci. Poza tym rozpatruje gruźlicę i lues tej okolicy, w której też występują niejednokrotnie przerzuty nowotworowe. O tym należy przede wszystkim pamiętać, gdy chodzi o pacjenta już raz operowanego z powodu carcinoma. Szczególnie hypernephroma prowadzi często do przerzutów w tej okolicy. Tutaj lokalizować się też mogą inne choroby układu kostnego, jak ostitis fibrosa, osteomalacia. Rozpatrując trzecią grupę schorzeń, wyodrębnione jako statyczno-traumatyczne i zwyrodnieniowe schorzenia kości, stawów i aparatu wiązadłowego autor podkreśla, że statyczne zmiany aczkolwiek są częste, nie zawsze są wywołującą przyczyną arthritis deformans. Uszkodzenia zaś w obrębie całego kręgosłupa objawiają się często w postaci bólów w okolicy krzyżowej, jak to np. bywa przy skoliozach i kiphoskoliozach. Szczególnie ważne są zmiany w ustawieniu kości krzyżowej; najczęstszym jest przekręcenie jej dookoła osi czołowej przy którym przednia powierzchnia skierowana jest w dół. Gdy jeszcze przy tym mamy zwiększone obciążenie przez duży brzuch, to skutkiem tego zachodzą szarpania ścięgien i bolesne skurcze mięśni (statyczno-dynamiczna dekompesacja Jungmann'a). Terapeutycznie wskazane są w tych wypadkach odpowiednie aparaty podpierające, które unoszą kość krzyżową i dają brzuchowi odpowiednie podparcie. Dopasowanie ich należy do ortopedysty. Bóle w okolicy krzyżowej zdarzają się też u jednostek, które przeważnie z powodu swojego zawodu zmuszone są do siedzącego trybu życia. Chodzi tu szczególnie o osoby o słabych mięśniach (szwaczki, stenotypistki), u których szczególnie złe trzymanie się przy pracy prowadzi do bolesnych skurczów mięśni i do objawów podrażnienia, których wytłumaczenie bywa niejednokrotnie ważne ze względu na trudność co do ewentualnego wykluczenia organicznego schorzenia kręgosłupa. Rozpatrując dalej w tej grupie arthritis deformans lumbalis, arthritis sacroiliaca i arthritis sacrolumbalis, autor podkreśla, że zmiany w tej dziedzinie

należą do najczęściej spotykanych przypadków i są zwykle podciągane pod jedną nazwę „Lumbago".

Wspólnym objawem tych schorzeń są bóle w okolicy krzyżowej w szerszym tego słowa znaczeniu. W wielu razach są one zlokalizowane, lecz często promieniują one w różne okolice. Mogą mieć charakter ostry, zjawiają się napadowo-nagle, albo też — chroniczny. Czasem zjawiają się przy pewnym określonym ruchu, ulegają następnie nasileniu. Często wystąpienie tych nagłych bólów jest przeczuwane przez chorego, u którego zjawia się stan ogólnego niepokoju. Innym razem objawiają się bóle tylko przy pewnych ruchach, czy też przy niektórych pozycjach. Ważnym jest rozpoznawczo czy przy spokojnym leżeniu w łóżku bóle ustępują. Zdarzają się bóle przy kaszlu, kichnięciu i wypróżnianiu, lecz są one jednak w ogólności skutkiem scherzeń mięśni lub nerwów. Przy typowym arthritis deformans lumbalis występuje ograniczenie ruchomości kręgosłupa czasem na pewnej jego części, czasem zaś w całym jego przebiegu. Arthritis deformans może dać nagłe objawy w rodzaju lumbago, które przeważnie są wynikiem nieznacznych urazów, podrażnienia nerwów i mięśni, jest to częstsze w okresach początkowych, rzadziej zaś przy daleko posuniętych, obejmujących większe odcinki kręgosłupa. Po podaniu symptomatologii arthritis lumbosacralis i sacroiliaca, która była specjalnie opracowana przez autorów amerykańskich i angielskich (Goldwaith, Mennel i wielu innych), autor rozpatruje myalgie lędźwiowe i pośladkowe, które mogą też występować przy wielu ze wspomnianych chorób. A poza tym mięśnie same mogą też podlegać tym samym uszkodzeniom co kości, stawy i ścięgna. Samodzielne choroby mięśni mogą również występować ostro i przewlekle, jako skutek urazów, przeziębienia, infekcji i przemęczenia. W ciężkich przypadkach doprowadzają one do tych samych nienaturalnych pozycyj i objawów co choroby stawów.

Na zakończenie autor podaje kilka uwag terapeutycznych. Przy nagłych napadach Lumbago niezależnie od jego etjologii bardzo skuteczne okazały się suche bańki, które autor bardzo zaleca, przechodząc następnie do miejscowego i ogólnego przegrzewania. Przy myalgiach stosuje masaże Nieprawidłowości w pozycji trzymania się wymagają zabiegów ortopedycznych; w zwykłych lekkich przypadkach można spróbować użycia plastru. Przeważnie jednak pożądany jest prawidłowy ortopedyczny zabieg, jak np. przy spondyloarthritis deformans połączonym z lordozą i wiszącym brzuchem. Wczesne przypadki spondylitis ankylopoetica powinny być rentgenizowane, dołączając do tego kuracje wstrzykiwaniami „Immenin". W późniejszych przypadkach zaś gorące kąpiele wraz z ćwiczeniami ruchowymi. Przy spondyloarthritis deformans przepisać należy zastrzyki „Mirion", a miejscowo diatermię oraz podrażniające naświetlania. Kwestia stosowana w tych schorzeniach krótkich fal jeszcze nie jest dostatecznie wyjaśniona. Arthritis sacrolumbalis i sacroiliaca wymaga za-



leżnie od swego powstania różnego leczenia, jak ciepło, okłady szlamowe, błotne, nasiadówki. Poza tym stosujemy proteinoterapię, wstrzykiwania „Immenin" zależnie od rodzaju schorzenia.

W leczeniu bólów okolicy krzyżowej musi wystąpić cały rynsztunek leczenia wewnętrznego, ortopedycznego, fizykalnego i balneologicznego.

Dr. F. Majnemer.

———:o:———

E. STOECKL. Poznań. *Kilka uwag o zastosowaniu nowego alkaloidu sporyszu „Sensibaminy"* Z kliniki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Poznańskiego. Dyrektor: Prof. Dr. B. Kowalski. (Polska Gazeta Lekarska 1936, Nr. 23).

Autor omawia wyniki swych spostrzeżeń, zebranych na większej ilości chorych położniczych i ginekologicznych. Doświadczenia autora dotyczą przede wszystkim sposobu działania Sensibaminy na mięsień maciczny bezpośrednio po porodzie dziecka i łożyska (przed odejściem łożyska Klinika Poznańska zasadniczo sporyszu nie stosuje). Sensibaminę stosowano w przypadkach opóźnionych lub powolnych skurczów macicznych. Działanie lecznicze Sensibaminy w przypadkach krwawień porodowych, wywołanych zwiotczeniem mięśnia macicznego, było szybkie i energiczne. Przy zwalczaniu niedowładu macicy Sensibamina oddawała znakomite usługi. Również w przypadkach powolnego zwijania się macicy w połogu, przy odchodach cuchnących lub zastoju odchodów połogowych, działanie Sensibaminy było bardzo pomyślne.

Następnie autor omawia wyniki ambulatoryjnego stosowania Sensibaminy w przypadkach krwawień macicznych z powodu zwykłego nieżytu śluzówki macicznej po poronieniu, przy metropatii i zbyt silnym miesiączkowaniu i t. p. Chore otrzymywały zastrzyki co trzeci dzień, a prócz tego 4 tabletki dziennie. Krwawienia ustępowały bardzo szybko. Przy niektórych krwotokach macicznych, stanowiących wskazania do leczenia sporyszem, Sensibamina doustnie lub w zastrzykach dawała wyniki korzystne nawet po bezskutecznym uprzednio leczeniu innymi pre-

paratami sporyszu. Tolerancja Sensibaminy jest doskonała: nawet przy dłuższym stosowaniu nie wywoływała ona żadnych szkodliwych objawów działania ubocznego.

———:o:———

A. PILCZ. *Bóle głowy i ich leczenie.* (Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 42, październik 1936 r.).

Bóle głowy należą do symptomatologii bardzo licznych chorób. Autor omawia rozpoznanie bólów głowy, które występują jako jedyne niedomaganie. Celem ustalenia ścisłego rozpoznania, konieczne jest badanie następujących narządów: oko (refrakcja, dno oka), zatoki oboczne nosa, krew (WR, morfologia), nerki (marskość na tle miażdżycy), badanie rentgenowskie czaszki (procesy ubytkowe, oznaki wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego). — Dla *migreny* są znamienne występowanie napadowe, połowicze umiejscowienie, mroczki. Leczenie polega na stosowaniu gardenalu 0,1 pro die, nadto wskazane jest ograniczenie spożycia cukru i kuracja karlsbadzka. W czasie napadu stosuje się antypirynę, coff. citricum i t. d. U dzieci często spostrzega się bóle głowy na tle wad refrakcji oka czyli bóle astenopiczne. Bóle te wzmagają się podczas zajęć szkolnych, zaś nigdy nie występują w godzinach rannych po przebudzeniu się. Odpowiednie okulary natychmiast usuwają omawiane dolegliwości. — Bóle na tle *niedokrwistości* w przeciwieństwie do bólów astenopicznych występują w godzinach rannych. Bóle te wzmagają się podczas periodu i w okresie przedmiesiączkowym. W okresie dojrzewania spostrzega się niekiedy bóle głowy bez bliżej określonej przyczyny. Wskazane są w tym wypadku przetwory tarczycy i gruczołów płciowych. — Bóle głowy, które budzą chorego śród nocy, świadczą o procesie *miażdżycowym w mózgu.* Bóle te wzmagają się podczas kaszlu, nachylania się i t. d. W przypadkach udaru mózgowego powyższe dolegliwości często szybko znikają. Leczenie: obok środków farmakologicznych i stosownej diety bardzo skutecznie działają pijawki. Przy bólach głowy w okresie przekwitania skutecznie działają tabletki klimakton. Nerwobóle *nadoczodołowe lub potyliczne* często są spowodowane zaburzeniami *żołądkowo-jelitowymi.* Konieczne jest tu energiczne leczenie przeczyszczające. Czynnik samozatrucia wchodzi w rachubę w bólach głowy mocznicowych, cukrzycowych i dnawych. Gościec również często powoduje bóle głowy. Leczenie polega na stosowaniu ciepła i środków napotnych. *Neurasteniczne* bóle głowy chorzy odczuwają raczej jako ucisk czaszki. Bóle te zjawiają się w godzinach rannych i ustępują wieczorem, jak to ma miejsce z innymi zaburzeniami neuropatycznymi. Leczenie winno być skierowane przeciwko chorobie podstawowej. W licznych przypadkach nawykowych bólów głowy stwierdza się wzmożenie ciśnienia *śródczaszkowego,* które ujawnia się jedynie pogłębieniem rowków palczastych pokrywy czaszki, co stwierdza

badanie rentgenowskie. Skuteczne są w tym wypadku naświetlania rentgenowskie czaszki, które wywołują upośledzenie czynności splotu naczyniastego i zmniejszenie się wydzielania płynu mózgowo-rdzeniowego. Z procesów organicznych, ujawniających się bólami głowy należy wymienić: toksyczne zapalenie opon w przebiegu gruźlicy i kiłę. Ze środków objawowych w leczeniu bólów głowy najczęściej stosuje się mieszaninę fenacetyny, piramidonu, kofeiny i kodeiny lub przetwory kwasu barbiturowego.

Dr. N. Szyk.

———:o:———

CHARLES W. GREENE. *Rozszerzenie naczyń wieńcowych wywołane niektórymi wyciągami z narządów i lekami.* (The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutica, Tom 57, Nr. 1, maj 1936 r.).

W doświadczeniach na psach autor badał następujące związki, działające na serce: Padutinę (świeży hormon sercowy), wyciąg z trzustki, Lacarnol (wyciąg z mięśni), Adenosinę i Coraminę. Omówiony został szczegółowo mechanizm działania tych leków na krążenie w naczyniach wieńcowych, a kilka krzywych ilustruje wpływ wymienionych środków na ciśnienie krwi i ukrwienie naczyń wieńcowych. Coramina wywołuje szybkie i intensywne rozszerzenie naczyń wieńcowych ponad 60%, przy jednoczesnym spadku ciśnienia tętniczego o 16%.

W przeciwieństwie do t. zw. hormonów sercowych, Coramina nieznacznie tylko obniża ogólne ciśnienie krwi. Wyciągi z trzustki i mięśni wywołują ostry i głęboki spadek ciśnienia krwi przy mniej lub więcej zaznaczonym rozszerzeniu naczyń wieńcowych.

Dr. med. W. Kurowski.

———:o:———

M. LOEPER. *Leczenie zatruć pokarmowych.* (La Presse Medicale Nr. 88/36 r.).

Zatrucie pokarmowe może nastąpić nie tylko po spożyciu grzybów, ślimaków i substancyj gnijących i starych, ale również po spożyciu zwykłych pokarmów, pozbawionych wszelkiej toksyczności. Próbowano to tłumaczyć zjawiskiem anafilaksji. Autor jednak jest zdania, iż tłumaczenie to nie jest jeszcze wystarczające.

Objawy zatrucia pokarmowego są następujące: palenie w żołądku, skurcze odźwiernika, zaparcie stolca lub też biegunki ze śluzem, afty w jamie ustnej, ślinienie się lub też przeciwnie, suchość ust, przyśpieszenie i nieregularność tętna, pokrzywka, bóle głowy, zaburzenia wzrokowe, zwężenie względnie rozszerzenie źrenic, zmiany w ciśnieniu krwi w kierunku jego podniesienia względnie obniżenie. Objaw zwężenia źrenic, obniże-

nia ciśnienia krwi i ślinienia się tworzą zespół, który może być wywołany działaniem pilocarpiny. Przeciwnie zaś zespół rozszerzenia źrenic, nadciśnienia, szczelności jamy ustnej i skóry oraz przyśpieszenia tętna jest typowym zespołem atropinowym względnie adrenalinowym.

Autor rozpatruje wpływ poszczególnych składników pożywienia na wystąpienie wyżej wspomnianych objawów.

A więc tłuszcze mogą spowodować powstanie kwasów tłuszczowych, które nie są pozbawione toksyczności. Kwasy tłuszczowe wywierają działanie drażniące najpierw na śluzówki, później i w mniejszym stopniu na tkanki.

Tłuszcze w połączeniu z kwasami aminowymi wytwarzają również związki toksyczne, dlatego też im bardziej skomplikowane są posiłki, tem większa istnieje możliwość powstawania zatruć pokarmowych.

Węglowodany same są zupełnie nietoksyczne, ale są one źródłem powstawania kwasów jak szczawiowy, mlekowy i octowy.

Największe niebezpieczeństwo przedstawiają pokarmy białkowe, gdyż najmniejsza fermentacja mięsa lub sera może spowodować powstanie histaminy, tyraminy i indolu, które mają szkodliwe działanie na układ nerwowy i naczyniowy.

Autor stwierdził, iż większość chorych, zgłaszających się z powodu zatrucia pokarmowego, są to osobnicy, którzy źle żują i cierpią na niedostateczne wydzielanie soku żołądkowego Osobnikom takim należy podawać kwas solny z pepsyną. Uderzające jest uczulenie pewnych osobników na niektóre specjalne potrawy np. na pewne gatunki ryb lub mięsa.

U osobników tych stosowana jest z dobrym rezultatem metoda odczulania, a więc przede wszystkim drogą doustną: na 3 kwadranse przed posiłkiem podaje się małą ilość pokarmu uczulającego np. 1 gr. homara względnie wieprzowiny.

Podaje się również w tym celu przed jedzeniem pepton w ilości 50 centigramów. Autor radzi stosować pepton wraz z pepsyną. Podawał również samą pepsynę i otrzymywał w ten sposób lepsze rezultaty niż przez stosowanie samego peptonu.

Przez podawanie tych środków przed jedzeniem powoduje się przypływ leukocytów i śluzu do żołądka. Przeciwnie zaś, w stanach uczulenia pokarmowego ilość leukocytów w żołądku jest znacznie zmniejszona.

Podobne działanie jak pepton i pepsyna wywiera również cukier, podany przed jedzeniem.

Według autora, oprócz uczulenia, dużą rolę w powstawaniu zatruć pokarmowych odgrywa również czynność bakteryj i kwasota środowiska, przyczyniające się do powstania związków trujących.

Dla przeciwdziałania temu stosuje autor wyciągi trzustkowe, które przyczyniają się do szybszego trawienia białek, tłuszczów i węglowodanów i zmniejszenia ilości bakteryj w przewodzie pokarmowym. Można

również wpłynąć dodatnio w tym kierunku, stosując pewne środki antyseptyczne jak np. chloraminę.

Autor podaje chętnie węgiel, przypisując mu rolę absorbującą i antyseptyczną.

Ważną rolę odgrywa alkalizowanie środowiska, co przeciwdziała wytwarzaniu się histaminy i tyraminy. Również duże znaczenie ma zmniejszenie przepuszczalności ścian przewodu pokarmowego dla substancyj toksycznych, co jest zadaniem b. trudnym.

B. duży wpływ na powstawanie zatruć pokarmowych wywiera stan wątroby, która neutralizuje jady.

W razie wystąpienia objawów ogólnych, mianowicie spadku ciśnienia, duże usługi oddaje adrenalina. Wystąpienie nadciśnienia jest rzadsze, ale istnieje, dlatego więc adrenaliny nie można uważać za środek uniwersalny w zatruciach pokarmowych.

Stosuje się również z dobrym wynikiem proteinoterapię, mianowicie wstrzykuje się śródskórnie mleko w minimalnych ilościach. Autor przypisuje temu leczeniu duże znaczenie.

Dr. Irena Grodzieńska.

———:o:———

Dr. CONST. GHEORGHIN. Uniwers. klin. chirurg. w Klausenburgu. Dyr. Prof. A. POPP. *Rozważania nad nowoczesnymi lekami, pobudzającymi tworzenie się ziarniny w ranach.* (Cluj. Med. 1936 r. Nr. 9).

Pomiędzy lekami, najczęściej stosowanymi w lecznictwie w celu pobudzania ziarniny, omawia autor także i Granugenol*) oraz Pastę Granugenową*)

W ciągu przeszło dwu lat badał autor działanie Granugenolu na przeszło 150 pacjentach — pośród nich również i w bardzo ciężkich przypadkach i prawie zawsze osiągał przy tym pożądane wyniki. Atoniczne rany diabetyków, drętwe, żylakowate wrzody, niezdradzające żadnej skłonności do pokrycia się ziarniną, w większości przypadków skutecznie były leczone Granugenolem lub Pastą Granugenową.

Dzięki swojej oleistej konsystencji, Granugenol styka się bezpośrednio z uszkodzonymi tkankami, np. rozpadowymi ranami, zmiażdżeniami albo przetokami, w których należy pobudzić tworzenie się ziarniny. Nie zachodzi żadna obawa szkodliwego działania Granugenolu na chorą tkankę.

Pasta Granugenowa tym się cechuje, że łatwiej może być stosowana w tych przypadkach, w których Granugenol z trudem może się przez czas dłuższy utrzymać w zetknięciu z raną Odpowiednio do grubości nałożonej warstwy maści zmienia się opatrunek ewent. już po 1 - 7 - 8 dniach,

*) Nazwa zastrzeżona.

zależnie od stanu rany, t. j. od mniej albo więcej obfitej wydzieliny w ranie. Z chwilą ustania wydzieliny, jeśli nałożona warstwa Pasty Granugenowej była dość gruba, udaje się dość często nieoczekiwanie stwierdzić, że zmiana opatrunku nie jest już wcale potrzebna, ponieważ rana całkowicie się zagoiła. Stosowanie obu przetworów jest bezbolesne; zmiana opatrunku odbywa się z wielką łatwością nawet w tych przypadkach, w których opatrunek pozostawiony był przez czas dłuższy. Czy wskazane jest stosowanie oleju, czy pasty — rozstrzyga dany przypadek. Na ogół rany, które należy drenować i które posiadają kanały i zatoki, powinny być opatrywane paskami, przepojonymi Granugenolem. Pastę stosuje się natomiast przeważnie przy ranach powierzchownych. Przy wrzodach żylakowatych autor stosuje na przemian oba środki. Z początku jednakże, dopóki rana nie jest tak dalece oczyszczona, żeby była gotową do pokrycia się ziarniną, używa on wyłącznie Granugenolu, ponieważ środek ten lepiej przenika do przetok i wydrążeń skóry, stanowiących granice owrzodzenia. Stwierdzone własności bakteriobójcze tego środka są raczej natury mechanicznej, ponieważ w 24 godzin po nałożeniu pierwszych opatrunków Granugenolu i Pasty Granugenowej stwierdza się o wiele obfitszą i bardziej płynną wydzielinę w ranie, mającą charakter limfy śródmiąższowej. W ciągu dni następnych wzmaga się ta wydzielina jeszcze więcej i znika razem z ropną wydzieliną rany.

Rany, zawierające części zmartwiałe, należy przede wszystkim oczyścić, ponieważ one, rozkładając się,wywołują samozarażenie rany. Jeśli mamy do czynienia z ranami, silnie ropiejącymi, właściwą jest rzeczą przepłukanie ich środkiem dezynfekcyjnym przed nałożeniem opatrunku. Przy stoscwaniu pasty nakłada się ją na wyjałowione kawałki lub paski płótna.

We wnioskach zaznacza autor, że Granugenol i Pasta Granugenowa powinny zająć pierwsze miejsce pośród stosowanych obecnie środków, pobudzających tworzenie się ziarniny.

———:o:———

Prof. Dr. F. MATSUOKA. *Androstina w histerii.* (Shindan toi Chiryo. Tom 22 Nr. 10 zeszyt 260 z 1 października 1936 r.)

Autor przytacza 3 przypadki histerii u kobiet w wieku od 35-40 lat, z których jedna miała ponadto silną anemię i nieznaczny przerost serca, druga anemię i nadkwaśność a trzecia starą obustronną gruźlicę i anemię. We wszystkich przypadkach zastosowano wstrzykiwania Androstiny. Po tygodniu chore zakomunikowały o doskonałym rezultacie leczenia. W trzecim przypadku leczenie hormonalne nie pogorszyło sprawy gruźliczej.

Dr. med. W. Kurowski.

———:o:———

Prof. E. SCHILLING. *Ciężkie zaburzenia krążenia po Pandigalu.* (Fälle von schwere Kreislaufstörung nach Pandigal Münch - Medizinische Wochenschrift Nr. 44. 30/X. 36.)

Szerokie rozpowszechnienie w ostatnich czasach preparatów digitalis lanata jak Pandigal, przyczyniło się do zwrócenia uwagi na szereg ubocznych objawów, towarzyszących stosowaniu tylko środków, niespotykanych prawie nigdy u chorych, leczonych digitalis purpurea. Digitalis lanata znacznie silniej niż purpurea zwalnia tętno, jednak często temu objawowi nie towarzyszy zniknięcie objawów niewydolności krążenia. Autor przytacza 5 przypadków, w których po zastosowaniu średnich dawek preparatu Pandigal doustnie wystąpiły ciężkie objawy niewydolności krążenia, połączone z rozpoczynającym się obrzękiem płuc. Terapia polegała na upuście krwi i dożylnej iniekcji $^1/_4$ mg strofantyny z glukozą. Należy nadmienić, że w dalszym ciągu chorzy ci leczeni byli preparatami naparstnicy czerwonej, które nie powodowały żadnych ubocznych objawów. Autor tłumaczy sobie powyższe przypadki szczególną nadwrażliwością na naparstnicę wełnistą.

Dr. N. Poznański.

———:o:———

E. WERBOTUS. *Leczenie nawykowych poronień thyreoidyną.* (Archiv fur Gyn. Tom. 160, zesz. 3).

Niewytłumaczone etiologicznie poronienia w pierwszych miesiącach wydają się, że są spowodowane niedomogą tarczycy. Polecane przez Sellheima wstrzykiwania surowicy krwi ciężarnych polega prawdopodobnie na aktywacji tarczycy. Von Hoeven zastosował z powodzeniem hormon tarczycy. Przy nawykowych poronieniach podawał tabletki thyreoidyny po 0,1 × 3 dziennie aż do czasu odczucia przez pacjentkę I ruchów płodu; następnie do 8 mies. ciąży 3 × dz. po 0,2, później, aż do chwili porodu 3 × dz. po 0,3.

Na 24 przypadki leczone w ten sposób tylko w jednym przypadku nastąpiło poronienie, w pozostałych 23 przypadkach pacjentki donosiły i urodziły żywe dzieci.

Dr. Halina Szenicer.

———:o:———

Dr. OSAMU NAKANO. Ze Szpitala Czerwonego Krzyża, Morioka (Japonia). *O torbielach macicy.* (Ztrblatt für Gyn. Nr. 26 27.VI.36).

Dotychczas w Japonii tylko trzech autorów opisało podobne przypadki. Autor podaje przypadek, który obserwował w 1927 roku. Pacjentka, 51-letnia wieśniaczka zgłosiła się ze skargami na stałe powiększanie się brzucha, oraz na trudności przy oddawaniu moczu. Pierwsza miesiączka w 16 roku życia odtąd co 4 tyg. trwająca 3 dni, prawidłowa, niebo-

lesna. Zamężna 33 lata, rodziła 4 razy, z czego jeden poród przedwczesny. Badaniem ogólnym nie stwierdza się zmian patologicznych. Przy obmacywaniu brzucha stwierdza się w dolnej części brzucha guz wielkości główki dziecka, okrągły, elastyczny, dochodzący 2 palce poniżej pępka. Dolna część guza jest nieruchoma. Badaniem wewnętrznym: wyczuwa się w podbrzuszu guz, miernie ruchomy, chełboczący — wielkość guza odpowiada 6 mies. ciężarnej macicy. Jama macicy prawidłowego kształtu — na lewo od guza wchodzi się zgłębnikiem na 8 cm. Przydatki niebadalne. Rozpoznano torbiel jajnika prawego. W kilka dni potem zabieg operacyjny; po otwarciu jamy brzusznej cięciem środkowym widać guz przekrwiony, chełboczący — prawdopodobnie ciężarna macica. W dole guz jest zrośnięty z tylną powierzchnią miednicy. Oba jajniki są małe i zanikowe. Po uwolnieniu zrostów wykonano nadpochwowe usunięcie macicy. Przebieg pooperacyjny gładki. Po przecięciu guza wydobyło się powyżej 6 litrów płynu. Mięśniówka dna macicy przebiega ku przodowi do ściany guza i w sposób cebulasty otacza go. Guz jest większy od głowy dziecka; miąższ guza ciastowaty wystaje ponad powierzchnię przekroju. W środku guza znajduje się okrągła torbiel długa na 12 cm. oraz dwie małe torbielki.

Wewnętrzne powierzchnie każdej torbieli są błyszczące i gładkie i widać na nich siatkę naczyń włosowatych. Jama macicy jest uciśnięta do tyłu, długości 8 cm. i nie ma komunikacji z guzem. Jajowody o wyglądzie i przebiegu prawidłowym. Mikroskopowo: miejscami widać włókna mięsne, ale przeważnie widać wrzecionowate komórki z wąskim jądrem. Protoplazma komórek jednolita, wykazuje delikatne podłużne prążkowanie tylko w niektórych miejscach jądra wyglądają inaczej. Wewnętrzna powierzchnia torbieli nie jest wyścielona nabłonkiem. Na podstawie tego przychodzimy do wniosku, że mamy do czynienia z torbielą macicy, która powstała z mięśniaka mięsakowatego. Etiologia torbieli macicy nie jest jeszcze ustalona.

Można przyjąć powstawanie w życiu embrionalnym:

a. z resztek ciała Wolffa,
b. z przewodów Wolffa,
c. z przewodu Müllera,

II. w życiu pozapłodowym:

a. w surowicówce macicy,
b. w bujaniu naczyń limfatycznych,
c. w gruczołach macicy lub śluzówki torebki w rogu,
d. we wtórnych zmianach guzów macicy.

Budowę torbieli w guzach macicy spotyka się przeważnie w mięśniach, włókniakach, mięsakach i t. d.

Zwłaszcza często spotyka się torbielowate zmiany małych mięśniaków macicy. Rzadziej spotyka się torbiele macicy większe niż pięść Naj-

większa torbiel mięśniaka podana przez Likotzky'ego — zawartość jej wynosiła 34 litry.

Moench podaje 3 przyczyny powstawania torbieli w mięśniakach:

1) rozmiękanie z obrzękiem bez bujania
2) rozmiękanie z obrzękiem z bujaniem
3) ropienie, martwica.

Halter podał przypadek torbielowatego mięsaka. W tym przypadku autor rozpoznaje przejście mięśniaka w mięsaka i zmiany torbielowate w tym mięsaku.

Dr. Halina Szenicer.

———:o:———

M. HAMBERT. *Odległe wyniki stosowania odmy w leczeniu gruźlicy płuc.* (Le Monde Médicale Nr. 891/36 r.)

Autor, opierając się na statystyce przeszło 200 przypadków, zastanawia się nad przyczyną różnorodności wyników stosowania odmy w przypadkach identycznych pod względem jakości i rozległości zmian i leczonych z jednakową ostrożnością.

A więc, b. ważną rolę odgrywa tu stan ogólny chorego: wyniki pomyślne otrzymał autor w przypadkach, w których stan chorego pozostawał dobry, przeciwnie zaś u osobników o bladej twarzy i bladych śluzówkach, odma daje wyniki znacznie gorsze.

Wpływ wywiera również wiek pacjenta. Autor nie bierze pod uwagę dzieci, u których często zdarza się samoistne wyleczenie zmian gruczołowo - płucnych, rozważa zaś wyniki stosowania odmy u osobników starszych i dochodzi do wniosku, iż próg wyników pomyślnych waha się około 45-go roku życia.

Również płeć wywiera wpływ na statystykę. A więc kobiety, poza wypadkami, gdzie okres dojrzewania wpływał ujemnie na stan chorych, na ogół znacznie lepiej poddają się leczeniu odmy, niż mężczyźni. Autor przypuszcza, iż odgrywa tu rolę różnica w trybie życia kobiety i mężczyzny. Wielkie znaczenie przypisuje wypoczynkom, zwłaszcza w okresie początkowym odmy i w czasie jej przerwania oraz warunkom higieniczno - dietetycznym.

Uważa za wysoce niewskazaną częstą zmianę miejsca pobytu, gdyż zmiana klimatu i poziomu wysokości miejsca zamieszkania przyczynia się do pogorszenia stanu chorego.

Dobre wyniki odmy dają się przewidzieć w pewnej mierze już od początku jej założenia. Dobrze rokująca odma udaje się łatwo, nie wymagając wysokiego ciśnienia.

Nie należy się upierać przy utrzymywaniu odmy w wypadku, gdy nie daje ona dobrych wyników, często wówczas właśnie przerwanie odmy daje poprawę w stanie zdrowia chorego.

Dr. Irena Grodzieńska.

IV. ZJAZD NAUKOWY OFICERÓW SŁUŻBY ZDROWIA

odbędzie się

w Warszawie w dniach od 7 do 9 stycznia 1937 roku.

TYMCZASOWY PROGRAM ZJAZDU.

I dzień zjazdu.

I posiedzenie ogólne — 7 stycznia rano:

1. Ref. Płk. Dr. *Jerzy Berbecki:* Dur plamisty i walka z nim.

Koref.: 1) Doc. Dr. *Gustaw Szulc:* Zagadnienie duru plamistego w Polsce. 1) Mjr. Dr. *Józef Zwierz:* Rola szczurów w epidemiologii duru plamistego. 3) Doc. Dr. *Feliks Przesmycki:* Rola Państwowego Zakładu Higieny w walce z durem plamistym. 4) Ppłk. Dr. *Adolf Malinowski:* Przyczynek do zagadnienia duru plamistego i walka z nim.

2. Ref. Płk. Dr. *Tadeusz Sokołowski:* Współczesne metody leczenia ran. Koref.: Dr. *S. Guzman:* O współczesnych metodach biologicznego i fizykalnego leczenia ran.

II posiedzenie ogólne — 7 stycznia po południu:

1. Ref. Gen. dr. *Stanisław Rouppert:* Zagadnienie zmęczenia w wojsku. (Utrata wagi w związku z wysiłkiem fizycznym).

2. Ref. Ppłk. Mgr. *Teodor Pastecki:* Stan przemysłu krajowego, a zaopatrzenie armii w materiał sanitarny.

Koref.: Dr. *Henryk Mierzecki:* Stan przemysłu krajowego, a zaopatrzenie armii w materiał sanitarny. Uwagi dyskusyjne.

II dzień zjazdu.

I Grupa — 8 stycznia rano:

1. Ref. Mjr. Dr. *Stanisław Wszelaki:* Zagadnienie leczenia i rokowanie w kile sercowo-naczyniowej.

Koref.: Kpt. Dr. *Michał Lityński:* W sprawie wrzodów żołądka u osobników kiłowych.

2. Ref. Płk. *Tadeusz Sokołowski* i mjr. Dr. *Michał Telatycki:* Leczenie operacyjne gruźlicy płuc.

Koref.: 1) Dr. *Gustaw Nowotny:* Technika torakoplastyki. 2) Dr. *Stanisław Meyzner:* O wziernikowaniu jamy opłucnej i przepalaniu zrostów opłucnych. 3) Dr. *Zdzisław Świder:* Wyniki stosowania zabiegu wyrwania nerwu przeponowego w leczeniu gruźlicy płatów górnych.

Komunikaty: 1) Płk. Doc. Dr. *Teofil Kucharski:* Leczenie zakażeń prontosilem. 2) Ppłk. Dr. *Adolf Malinowski:* Ekspertyzy sądowo - psychiatryczne w wojsku. 3) Mjr. Dr. *Władysław Machniewicz:* Przystosowanie szpitala do potrzeb O. P. L. G. 4) Mjr. Dr. *Jan Małuj:* Dobre wyniki lecznicze przy stosowaniu chloraktiny „Boruta" w otolaryngologii.

8 stycznia — po południu:

1. Ref. Płk. Dr. *Tadeusz Sokołowski:* Metody leczenia urazów i złamań w świetle materiału Instytutu Chirurgii Urazowej.

Koref.: Mjr. Dr. *Henryk Ciszkiewicz* i kpt. dr. *J. Skorko.*

2. Ref. Płk. Doc. Dr. *Leon Owczarewicz:* Zagadnienie dezynfekcji, dezynsekcji i derazytacji.

Komunikaty: 1) Kpt. Dr. *Władysław Marat:* Przetaczanie krwi konserwowanej. 2) Mjr. *Jan Korczakowski:* Zranienia serca. 3) Dr. *Adam Abdański:* O ustaleniu wartości tylnej ściany torby sieciowej jako materiału autoplastycznego przy zaopatrywaniu kikuta dwunastnicy. 4) Kpt. Dr. *Tomasz Ryll:* Rzut oka na postępy chirurgii. 5) Kpt. Dr. *Augustyn Dolatkowski:* Wymogi oporządzenia marynarskiego w zależności od warunków atmosferycznych.

II Grupa — 8 stycznia rano:

1. Ref. Doc. Dr. *Stanisław Kapuściński:* Zasady leczenia świeżej kiły.

2. Ref. Dr. *Bolesław Raszkes:* Zasady leczenia rzeżączki.

Koref.: 1) *Henryk Mierzecki:* Problem lecznictwa ambulatoryjnego rzeżączki w świetle spostrzeżeń wojny bolszewickiej i badań doświadczalnych nad nowymi krajowymi lekami przeciwrzeżączkowymi. 2) Mjr. Dr. *Radzisław Tchórznicki:* Organizacja leczenia rzeżączki.

8 stycznia — po południu:

1) Ref. Ppłk. Dr. *Zygmunt Żołędziowski:* Sprawność narządu wzroku w związku z wymaganiami poszczególnych rodzajów broni.

Koref.: Mjr. Dr. *Szczepan Wacek* i mjr. dr. *Władysław Pol.*

2) Ref. Ppłk. Dr. farm. *Wincenty Jakubowski:* Zagadnienie syntezy środków leczniczych normalnie otrzymywanych z zagranicznych surowców roślinnych.

Koref. Kpt. Mgr. *Stanisław Rajski:* Metody otrzymywania kwasu cytrynowego na drodze syntetycznej.

Dnia 9 stycznia odbędzie się zwiedzanie szpitali i zakładów lekarskich.

Komitet zjazdu prosi o zgłaszanie koreferatów na tematy programowe do dnia 20 grudnia 1936 roku, oraz o nadesłanie streszczeń zgłoszonych już referatów, koreferatów i komunikatów w języku polskim, francuskim (lub niemieckim, angielskim) również do dnia 20 grudnia.

Na wygłoszenie referatów przeznacza się 45 minut, na wygłoszenie koreferatów i komunikatów 15 minut.

WARUNKI UCZESTNICTWA

Zgłoszenia uczestników w zjeździe należy nadsyłać najpóźniej do dnia 20 grudnia b. r. Koszt uczestnictwa w zjeździe wynosi zł. 5. Należność tę prosimy wpłacać do dnia 20 grudnia na konto P. K. O. Nr. 30,121.

Każdy uczestnik zjazdu otrzyma kartę uczestnictwa, szczegółowy program zjazdu, streszczenia referatów, oraz bezpłatnie pamiętnik zjazdu, który ukaże się w grudniu 1937 r.

Dla uczestników zjazdu będzie zarezerwowana pewna liczba kwater w Centrum Wyszkolenia Sanit., oraz pokoje w hotelu Angielskim (cena pokoju jednoosob. 7 do 14 zł., dwuosob. 16 do 24 zł. mniej 10%) i Polonia (pokój jednoosob. zł. 6.50, dwuosob. zł. 13).

Sekretariat zjazdu mieści się przy ul. Górnośląskiej 45, tel. 9-73-57 (Redakcja „Lekarza Wojskowego"); w przeddzień zjazdu na Izbie Przyjęć Centrum Wyszkolenia Sanit. ul. Górnośląska 45, podczas zjazdu w Kasynie Garnizonowym, Al. Szucha 29.

VI. ZJAZD LEKARSKI W KRYNICY

w dniach 9 — 11 stycznia 1937 r.

pod protektoratem

Jaśnie Wielmożnego Pana Ministra O. S.

DR. EUGENIUSZA PIESTRZYŃSKIEGO

PROGRAM

Godz. 10. DNIA 9 STYCZNIA

Otwarcie Zjazdu przez Prezesa Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy Dr. Emanuela Zarzyckiego. Wybór Prezydium Zjazdu. Przemówienie oficjalne.

Godz. 11. *I. Posiedzenie naukowe:*

1. Doc. Dr. Jakub Węgierko (Warszawa). Zasady leczenia cukrzycy w świetle własnych spostrzeżeń.

2. Prof. Dr. January Zubrzycki (Kraków). Możliwości lecznicze Krynicy w wypadkach niepłodności kobiecej.

3. Dr. Artur Werner (Poznań — Szczawnica). Klimatologia na usługach medycyny.

DYSKUSJA

Godz. 16. *II. Posiedzenie naukowe:*

4. Dr. Stanisław Liebhart (Lwów). Klinika i terapia niepłodności.

Doc. Dr. Bronisław Stępowski (Kraków). Niektóre postacie niemocy płciowej u kobiet.

6. Dr. Marjan Malinowski (Kraków). Niepłodność z niedrożności narządów rodnych kobiety i ich leczenie.

7. Dr. Czesław Uhma (Kraków). Działanie lecznicze borowiny krynickiej podanej dopochwowo, w niektórych postaciach niepłodności kobiecej.

8. Dr. Marjan Kowalski (Kraków): Biologiczne własności borowiny krynickiej.

Godz. 20-30. DYSKUSJA

Bankiet dla uczestników Zjazdu, wydany przez Zarząd Zdrojowiska i Komisję Zdrojową, w wielkiej sali balowej Domu Zdrojowego.

DNIA 10 STYCZNIA

Godz. 9-30. *III. Posiedzenie naukowe:*

9. Doc. Dr. Franciszek Goebel (Warszawa). O wpływie krynickiej wody „Jana " na gospodarkę wodną.

10. Dr. Juljan Fliederbaum (Warszawa). Nowoczesne metodyka badania gospodarki wodnej

11. Dr. Marceli Landsberg i Dr. Henoch Szpidbaum (Warszawa). Z nowszych badań nad wpływem gruczołów dokrewnych na gospodarkę ustroju.

12. Dr. Juljan Fliederbaum (Warszawa). Wpływ gruczołów dokrewnych na gospodarkę wodną.

13. Daniel Hirszbajn (Krynica — Warszawa). Wpływ wody ze źródła „Zubera" na przemianę węglowodanową, na zasób zasad we krwi, na prezmianę podstawową i na skład morfologiczny krwi.

14. Dr. Stanisław Hrom (Warszawa). Stosunek śledziony i tarczycy do zachowania się jodu we krwi.

Godz. 13.

Śniadanie wydane dla uczestników Zjazdu przez Zwierzchność Gminną i Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy, w sali balowej Domu Zdrojowego.

Godz. 16. *IV. Posiedzenie naukowe:*

15. Doc. Dr. Henryk Beck (Warszawa). Wzajemny wpływ hormonów macicy i jajników.

16. Inż. A. Lejwa (P. Z. H. Warszawa). Znaczenie niektórych badań biologiczno - hormonalnych dla kliniki.

17. Doc. Eleonora Reicher (Warszawa). Zaburzenia czynności narządów wewnętrznych i przemiany węglowodanowej w związku z okresem miesiączkowym oraz ustaniem miesiączkowania.

18. Dr. Wacław Markert (Warszawa). Gospodarka chlorków w cukrzycy astenicznej i w cukrzycy stenicznej.

20. Dr. Karol Waller (Lwów). Profilaktyka cukrzycy.

Godz. 22. DYSKUSJA

Raut i zabawa taneczna w salach Domu Zdrojowego.

Godz. 8. DNIA 11 STYCZNIA

Zwiedzanie Zdrojowiska pod kierunkiem lekarza zakładowego Dr. Ferdynanda Pawłowskiego.

Godz. 10. *V. Posiedzenie naukowe:*

21. Dr. Zbigniew Godłowski (Kraków). Dożylne stosowanie wód kruszcowych.

22. Dr. Henryk Brand (Krynica). Ejaculatio praecox.

23. Dr. Bronisław Bardach (Krynica). Wskazania i przeciwwskazania dla leczenia kąpielami szczawnymi w Krynicy.

24. Dr. J. Chain (Krynica). Choroba Basedowa a układ krążenia z uwzględnieniem leczenia zdrojowego.

25. Dr. Bernard Kupczyk (Krynica). Przyczynek o dietetycznym leczeniu zaburzeń wegetatywnych.

DYSKUSJA

Zamknięcie naukowej części Zjazdu.

Godz. 13.

Zwiedzanie Zakładu leczniczego „Lwigród“.

Godz. 16.

Pokazy sportów zimowych — wycieczki i t. p.

Podczas trwania Zjazdu otwarta będzie w kuluarach Domu Zdrojowego *Wystawa środków leczniczych i wydawnictw lekarskich.*

WARUNKI UCZESTNICTWA

Wkładka członkowska 25 zł., wkładka osoby towarzyszącej 15 zł. Uprasza się o wcześniejsze przesyłanie wkładek członkowskich pod adresem Skarbnika Dr. H. Freundlicha, Krynica, willa „Marja".

Uczestnik Zjazdu otrzymuje imienną kartę uczestnictwa, która upoważnia do udziału w posiedzeniach Zjazdu, zwiedzania zdrojowiska, udziału w przyjęciach, raucie i imprezach, urządzanych dla uświetnienia Zjazdu, do bezpłatnych zabiegów leczniczych oraz ulgi kolejowej z zastosowaniem opłat ze zniżką 33 proc. (tab. 6) na przejazd powrotny z Krynicy do miejsca zamieszkania.

Członkowie Zjazdu otrzymają bezpłatnie pamiętnik VI Zjazdu, z dokładnym tekstem przemówień, odczytów i dyskusji. W tym celu prosi się P. T. Wykładających o dostarczenie Generalnemu Sekretarzowi Zjazdu Dr. Mieczysławowi Dukietowi dokładnego. na maszynie pisanego, tekstu odczytu *przed zamknięciem* Zjazdu.

Czas trwania przemówienia odczytowego 25 minut, dyskusyjnego 5 minut.

P.T. Wykładowcy są honorowymi gośćmi Komitetu Organizacyjnego, na skutek czego nie wpłacają wkładki członkowskiej.

Członkowie Zjazdu mogą przy zgłaszaniu zamawiać kwatery:

Cena dzienna pokoju jednoosobowego 3 — 4 zł.
Cena dzienna pokoju dwuosobowego 5 — 7 zł.

Zgłoszenia uczestnictwa w Zjeździe należy kierować do Generalnego Sekretarza Zjazdu Dr. Mieczysława Dukieta w Krynicy, willa „Moja".

W czasie trwania Zjazdu odbędą się pokazy i zawody w sportach zimowych. Międzynarodowy turniej hokeja na lodzie, mistrzostwa saneczkarskie, skoki narciarskie, sztuczna jazda na łyżwach i t. p.

Generalny Sekretariat zastrzega sobie prawo zmiany szczegółów programu.

W dniach 8 i 9 stycznia będzie czynne na dworcu kolejowym biuro kwaterunkowe Zjazdu.

Krynica, w listopadzie 1936 r.

DR. MIECZYSŁAW DUKIET
Generalny Sekretarz VI Zjazdu.

DR. EMANUEL ZARZYCKI
Prezes Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy.

Danutol Rawski

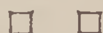
LECZY

KOKLUSZ,

UPORCZYWY KASZEL,

NIEŻYTY DRÓG ODDECHOWYCH.

TREŚĆ



REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel. 2.11-55.
Konto P. K. O. 19.175

Przedrukowywanie wszelkich zamieszczanych w „Therapia Nova" artykułów w całości lub części bez porozumienia się z Redakcją — wzbronione.

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.

Wzmacnia krążenie
w przypadkach grożącego i istniejącego osłabienia serca i naczyń,
ułatwia oddychanie
w przypadkach dychawicy oskrzelowej, zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc·
usuwa stany allergiczne

Ephetonin
Merck

Opakowania oryginalne: tabletki po 0,05 g opak. zaw. 10 i 20 szt.
ampułki po 0,05/1 cm³ opak. zaw. 5 i 10 szt.
proszek do receptury (spis recept wysyłamy na żądanie)

Piśmiennictwo i próbki wysyła na żądanie:
Przedstawicielstwo Działu Naukowego
Zakładów Chemicznych E. Merck-Darmstadt,
Warszawa, Tłumackie 1/6, tel. 6.17-71

PRODUKT KRAJOWY

COLCHURECIN

(tabletka zawiera 1 g. Uricediny i 0,0005 Colchicyny).

ZNAKOMITY ŚRODEK DORAŹNIE UŚMIERZAJĄCY BÓLE PRZY OSTRYCH NAPADACH:

DNY
GOŚĆCA
LUMBAGO
RWY KULSZOWEJ

Dawkowanie: 2—3 razy dziennie po 1—2 tabletek, rozpuszczonych w $1/2$ szklance wody.

Opakowanie oryginalne: Rurka zewiera 15 tabletek à 1 g.

Próby i piśmiennictwo wysyłają na żądanie PP. Lekarzy:
Zakłady Przemysłowe Chemiczno-Farmaceutyczne
„PROTON" Warszawa, Św. Stanisława 9-11

Wyższość i wybitna wartość lecznicza preparatu

ACTITRAN

---

polega na:

biologicznie standaryzowanej, wzmożonej ilości witaminy
D — 500 jednostek
A — 3000 „ } **w 1 cm^3**
minimalnych dawkach
dogodności w stosowaniu,
przystępnej cenie (w stosunku do dużych dawek tranu zwykłego).

Wskazania:

Zaburzenia w rozwoju i rozroście,
krzywica, osłabienie, wyczerpanie,
okres ozdrowieńczy po chorobach zakaźnych.

Niemowlętom: 30 kropel do ½ łyżeczki dziennie.
Dzieciom: od ½ do 1 łyżeczki dziennie.
Dorosłym i młodzieży: 1 do 2 łyżeczek dziennie.

Duży flakon 125 g
Mały flakon 65 „

PRZEM.-HANDL. ZAKŁADY CHEM.

LUDWIK SPIESS i SYN

SP. AKC. — WARSZAWA

Druk. „Antiqua", St. Szulc i S-ka, W-wa, Kacza 7. Tel. 5.04-91.